

がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

川西市長 様

(〒 -)

申請者住所

氏名

(助成対象者が未成年の場合、法定代理人の氏名・住所を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること

市から県に対し、市町の助成実績に係る情報を提供すること

住民票・所得課税証明書類の提出を省略する場合

住民基本台帳等により世帯情報を確認すること

住民税課税資料により別表対象者の所得額を確認すること

助成対象者	ふりがな					生年月日	
	氏名					年 月 日(歳)	
申請者	ふりがな			補助対象者との関係	電話番号		
	氏名					E-mail:	
助成対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。							
助成実績	過去の	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ(装着時に皮膚を保護するネット含む)購入経費の助成を受けたことがありますか。				はい・いいえ (はいの場合 自治体名:)	
	過去の	過去に県内市町からがん治療に伴う乳房補正具(補正下着(下着とともに使用するパッド含む)又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。))購入経費の助成を受けたことがありますか。				はい・いいえ (はいの場合 自治体名:)	
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (装着時に皮膚を保護するネット含む)		乳房補正具(補正下着又は人工乳房のいずれか)			
				補正下着 (下着とともに使用するパッド含む)		人工乳房	
	購入日	令和 年 月 日		令和 年 月 日			
	購入費用	円(税込)		(補正下着の金額) 円(税込)		(人工乳房の金額) 円(税込)	
助成限度額	50,000円		10,000円		50,000円		
助成金交付申請額	円						
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(写し可) 領収書(購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。) 振込先金融機関の通帳の写し(口座番号と支店名が記載されている部分の写し) 市が住民基本台帳・住民税課税資料等により確認を行うことに同意しない場合は下記の書類を添付してください。 住民票(世帯全員。発行から3か月以内で、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの。写し可。) 別表に記載する所得を証明できる書類(1月~5月の申請の場合は前々年、6月~12月の申請の場合は前年の所得に係るもの。写し可。) 振込先金融機関名 銀行・金庫 本店・支店 信用組合・農協 出張所 店番 預金種別 普通貯蓄 当座 その他 口座名義人(加付で記載、申請者と同一) 口座番号 左詰記入						
申請受理年月日	令和 年 月 日				(承認・不承認)決定年月日		令和 年 月 日
支給決定額	円						
受給者番号							

注)二重線以外の枠に記入してください。